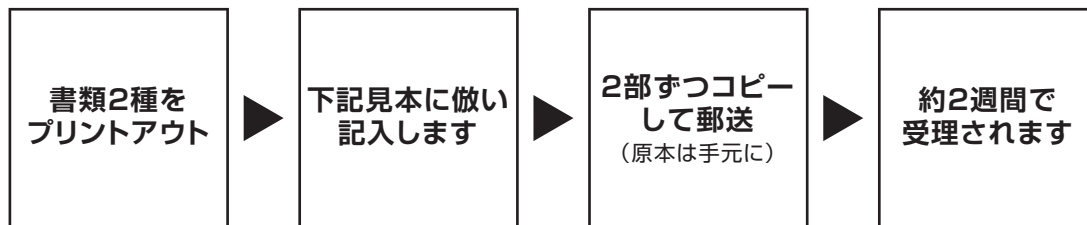


保険CAD/CAM冠 登録申請手順／記入見本

【登録申請手順】



次の書類を提出していただくことで、CAD / CAM 冠の保険請求が可能となります。

 枠内を記入後に2部ずつコピーし、各地方厚生局へ提出（郵送可）。

2週間ほどの期間を経て受理されると、受理書とそれぞれ各1枚が返送されます。

※ コピー原本はお手で保管してください。

別添2

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	○○○○○○○○	届出番号 第	(歯CAD) 号
------------------------	----------	-----------	-------------

連絡先 **ディタ歯科医院**
 担当者氏名: **出井田 三男**
 電話番号: **000-000-0000**

(届出事項)

[CAD/CAM冠] の施設基準に係る届出

- 当届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 当届出を行う前6か月間において療育規則及び療育規則並びに療育基準に基づき厚生労働大臣が定める指示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第22条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院患者数の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているため、別添の様式を添えて届出します。

令和 ○○年 ○○月 ○○日

保険医療機関・保険薬局の所在地及び名称
 ○○県○○市○○町○○-○
ディタ歯科医院 開設者名 **出井田 三男** (印)
 ○○○○厚生局長 殿

備考1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
 2 □には、適合する場合「レ」を記入すること。
 3 届出書は、1通提出のこと。

様式50の2

CAD/CAM冠の施設基準届出書添付書類

1 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴(経歴年数を含む。)
出井田 三男	○○大学歯学部 平成○○年○○月 卒業 経歴年数○○年

2 当該療養に係る歯科技工士の氏名等

氏名	備考
坂上 大吾	有限会社 ディタ
中村 友哉	有限会社 ディタ

3 当該療養に係る医療機関の体制状況等

	概 要
医療機器届出番号	① CAD : 26B1X00004000244 ② CAM : 22BSX10006000020 ③ CAM : 22BSX10006000024
使用する歯科用CAD/CAM装置	① CAD : 松風S-WAVEスキャナー-D900 ② CAM : 歯科用CAD/CAMマシン DWX-50 ③ CAM : 歯科用CAD/CAMマシンDWX-S200i
製造販売業者名	① CAD : 株式会社 松風 ② CAM : ローランドディー、ジー、株式会社 ③ CAM : ローランドディー、ジー、株式会社
特記事項	
その他(特記事項)	

【記載上の注脚】
 1 歯科技工士が院内に配置されていない場合については、当該療養につき、保険医療機関と連携を行う歯科技工所名を「2」の備考欄に記載するとともに当該歯科技工所の歯科技工士名を記載すること。
 2 「3」の使用する歯科用CAD/CAM装置については、装置の医療機器製造販売届出番号、製品名、製造販売業者名等を記載すること。

届け出書を表示

添付書類を表示

